

Nombre del consumidor	Número de identificación IRIS
-----------------------	-------------------------------

Departamento de Desarrollo Laboral

División de Rehabilitación Vocacional

PLAN PERSONALIZADO DE EMPLEO (IPE)

La información personal que usted proporcione puede ser utilizada para fines secundarios [Ley sobre privacidad, s. 15.04(1)(m)].

MARQUE UNA OPCIÓN: IPE ENMIENDA DEL IPE

MI META DE EMPLEO A LARGO PLAZO ES:

FECHA EN QUE ALCANZARÉ LA META:

SERVICIOS	FECHA INICIO	FECHA TÉRMINO	PROVEEDORES	QUIÉN PAGA	MÉTODOS DE PAGO
Primarios:					
Secundarios:					
Secundarios:					
Mi progreso se medirá el (incluya las fechas de verificación):					
Primarios:					
Secundarios:					
Secundarios:					
Mi progreso se medirá el (incluya las fechas de verificación):					

Nombre del consumidor	Número de identificación IRIS
-----------------------	-------------------------------

SERVICIOS	FECHA INICIO	FECHA TÉRMINO	PROVEEDORES	QUIÉN PAGA	MÉTODOS DE PAGO
Primarios:					
Secundarios:					
Secundarios:					
Mi progreso se medirá el (incluya las fechas de verificación):					

Primarios:					
Secundarios:					
Secundarios:					
Mi progreso se medirá el (incluya las fechas de verificación):					

Primarios:					
Secundarios:					
Secundarios:					
Mi progreso se medirá el (incluya las fechas de verificación):					

Nombre del consumidor	Número de identificación IRIS
-----------------------	-------------------------------

ME ENCARGARÉ DE:

DVR SE ENCARGARÁ DE:

- Me han ofrecido formular mi propio plan: Sí No
 Me han ofrecido asistencia para crear mi plan de empleo: Sí No
 Me han ofrecido alternativas de asistencia para crear mi plan de empleo: Sí No
 He recibido una copia de mis derechos individuales: Sí No

Para las personas que reciben pagos del Seguro Social por razones de discapacidad y han recibido un "vale laboral" del Seguro Social, marque la casilla más apropiada:

- Mediante mi firma en este documento del Plan Personalizado de Empleo (IPE) asigno a DVR mi vale laboral.
 Mi Plan Personalizado de Empleo (IPE) tardará más de dos años en concretarse de modo que asignaré mi vale laboral a DVR en una fecha posterior, (fecha propuesta _____).
 Por ahora no deseo asignar mi vale laboral a DVR ni a ninguna otra red de empleo. Entiendo que si no asigno mi vale laboral no recibiré protección mediante las revisiones de continuación de discapacidad del Seguro Social.

Firma (firma del representante del consumidor, si corresponde)	Fecha de la firma
Firma del consejero	Fecha de la firma

Firmas de revisiones

Firma (firma del representante del consumidor, si corresponde)	Fecha de la firma
Firma del consejero	Fecha de la firma

Firma (firma del representante del consumidor, si corresponde)	Fecha de la firma
Firma del consejero	Fecha de la firma

Firma (firma del representante del consumidor, si corresponde)	Fecha de la firma
Firma del consejero	Fecha de la firma